



Boise Office 707 N. Armstrong Place, Boise, ID 83704

Teléfono (208) 327-7450

Mountain Home Office 520 E. 8th N. Street, Mtn. Home ID 83647

Teléfono (208) 587-4407

McCall Office 703 North 1st, McCall ID 83638

Teléfono (208) 630-8002

Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

INFORMACIÓN DE CLIENTE (IMPRIMA POR FAVOR)

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M F

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de padre o Guardián _____

MEDICARE/MEDICAID INFORMACION:

Medicaid# _____

Medicare/RR# _____ #id de Asegurado _____

Compania: _____ #de grupo _____

Marque los que apliquen *Ages 0-18 yrs only*

Medicaid / No Aseguran / Aseguransa / Indio Americano / Indio Alaska

REGLAS FINANCIERAS: Efectivo Septiembre 8, 2008

SEGURO: No aceptamos seguros médicos para el servicio de inmunizaciones. Pago es requerido al tiempo de servicio. Si UD quiere enviar su cuenta a su seguro, por favor pregunte para información a tiempo de pago.

MEDICAID: Por favor presente su tarjeta de Medicaid al tiempo de registro. Servicios no cubiertos por Medicaid serán su responsabilidad.

MEDICARE: Nosotros no somos un Proveedor de Medicare. Pago es requerido al tiempo de servicio. Enviaremos su cuenta a Medicare pero solo **GRIPE** y **NEUMOCOCICA** probable será cubierto. Otros servicios probablemente no serán reembolsados por Medicare.

Ninguna vacuna infantil será negada si no puede pagar. Por favor pregunte para información al tiempo de registro.

FOR OFFICE USE ONLY Payment Category: _____ Staff Initials: _____

Cash Credit / Debit Card Check Number _____ 3rd Party Billing Company Name _____

Completar por favor otro lado

CUESTIONARIO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE Para pacientes adultos o para los padres de niños que van hacer vacunados. Las siguientes preguntas le ayudaran ha determinar si hay una razón por la cuál no debe recibir, usted o su niño, la vacuna inyectable de la gripe. Si usted contesta "si" alguna pregunta, no necesariamente significa que usted o su niño no debería ser vacunado.Solamente significa mas preguntas adicionales. Si alguna pregunta no es clara, por favor pregunte a su enfermera para que le explique.	SI	NO
¿Esta enferma hoy la persona que va ser vacunada?		
¿Es alérgica la persona que va ser vacunada al huévo de pollo o algún componente de la vacuna?		
¿Ha tenido alguna vez la persona que va ser vacunada una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?		

TODOS CLIENTES LEEN POR FAVOR LO SIGUIENTE Y MARQUE LAS CAJAS APROPIADOS

Yo doy permiso para que registren mi nombre o el de mi hijo y para que transfieran mis registros de vacunas o los de mi hijo al Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas para asegurar de que este registró de vacunas este disponible para mi uso, para el proveedor del cuidado de la salud mía o de mi hijo, para los proveedores del cuidado infantil y para las escuelas. Comprendo de que tal vez me pidan información para que no sean confundidos con lo de otra persona como: apellido soltero de madre, numero de teléfono, sexo del niño para recibir vacunas sin cobro.

No (No me inscriba o a mi niño en IRIS)

Por este medio, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las Reglas de Privacidad practicadas por el Departamento de Salud.

Para Información Sobre Vacunas - Otros usos y divulgaciones serán realizados sólo con su autorización por escrito. Esta forma será efectiva por 1 año de la fecha escrita, y usted puede revocar esta autorización.

Yo he leído o me han leído la información de la vacuna de la **Gripe**. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna para la Gripe, y solicito que la vacuna sea dada a mí o a la persona nombrada arriba, por quien yo soy autoriza do a hacer esta solicitud.

SÍ, volveré a CDHD para vacunas. NO, recibiré rutinariamente las vacunas de mi médico personal.

Reglas Financiera
Usted puede utilizar nuestros servicios, pero Ud. Será responsable por cualquier descuento, co-pago, y/o deducciones. Le recomendamos que verifique con su compañía de seguros médicos, con respecto a los costos que ellos cubren. Por favor tenga en cuenta, que algunos y talvez todos los servicios dados, no sean servicios cubiertos y/o no sean considerados razonables y necesarios bajo el programa de su seguro medico. Ya sea que su seguro pague o no, el costo del servicio es su responsabilidad y esperamos que se hagan pagos regulares.

Solicito que pago de beneficios autorizados por cuidado Medico sea hecho al Departamento de Salud. Autorizo que CDHD libere cualquier registro medico necesario para procesar este reclamo.

He leído y entiendo la autorización financiera. También entiendo que seré responsable por el pago de los servicios que no están cubiertos por Medicare y/o su seguro privado.

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a hacer el pedido:

FIRMA X _____ **FECHA** _____

Date _____

Nurse Signature _____

Return Date _____

Para el uso de la enfermera solamente